

*Positionspapier im Rahmen der
BVKJ-Mitgliederversammlung am 19.4.2007*

**Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter: Gesundheitliche Lage,
gesundheitliche Versorgung und Empfehlungen für die Politik**

Wolfgang Ihle und Günter Esser

Akademie für Psychotherapie und Interventionsforschung und Institut für Psychologie der
Universität Potsdam

Korrespondenzadressen:

Dipl.-Psych. Wolfgang Ihle, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Psychologischer
Psychotherapeut; Email: ihle@uni-potsdam.de

Prof. Dr. Günter Esser, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut; Email: gesser@uni-
potsdam.de

Institut für Psychologie und Akademie für Psychotherapie und Interventionsforschung an der
Universität Potsdam, Friedrich-Ebert-Straße 112, 14467 Potsdam

1. Einleitung

Spätestens seit der Global Burden of Disease Studie (Murray & Lopez, 1996), die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO), der Weltbank und der Harvard Universität durchgeführt wurde, sind die enormen Folgekosten psychischer Störungen in den Blickpunkt öffentlichen Interesses gerückt. Psychische Störungen verursachen über 15% des Global Burden of Disease, der als verlorene Jahre gesunden Lebens (vorzeitiger Tod vs. Behinderung) operationalisiert wurde. Damit liegen psychische Störungen hinter den kardiovaskulären Erkrankungen aber noch vor den Krebserkrankungen an zweiter Stelle der kostenintensivsten und beeinträchtigendsten Krankheitsgruppen. Aktuelle Studien in den Niederlanden (Meerding, Bonneux, Polder, Koopmanschap & Maas, 1998) und in Großbritannien (Patel & Knapp, 1998) belegen, dass psychische Störungen für mehr als 20% der Gesamtkosten der Gesundheitsetats dieser Länder verantwortlich sind. Diese Erkenntnisse haben dazu geführt, dass sich in den letzten Jahren sowohl die Politik als auch die Verbände der Gesetzlichen Krankenversicherung intensiv mit dem Thema Psychische Störungen auseinandergesetzt haben. Als Beispiele hierfür seien das Grünbuch der Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2005) und die regelmäßigen Gesundheitsreports der Gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. z.B. DAK, 2006) genannt. Gleichzeitig ist festzustellen, dass immer noch ein zu geringer Anteil von Menschen mit psychischen Störungen eine adäquate Behandlung erhält (Wittchen, 2000). Dies trifft trotz der seit der Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes erreichten Verbesserungen insbesondere für die ambulante Versorgung von Kindern und Jugendlichen und dies besonders in den Neuen Bundesländern zu. Der Bericht der Europäischen Kommission (2000) stellte fest, dass 1. psychische und psychosoziale Probleme in der Jugend häufig nicht erkannt und nicht ausreichend behandelt werden und 2. die Inzidenz vieler Erkrankungen (Depressionen, Sucht, suizidales Verhalten, Essstörungen, psychotische Störungen) deutlich von der Kindheit bis zum Jugendalter ansteigt. So ist inzwischen wissenschaftlich belegt, dass die meisten psychischen Störungen des Erwachsenenalters ihren Ursprung in Störungen des Kindes- und Jugendalters haben und damit diesem Lebensabschnitt die größte Bedeutung für Prävention und Intervention und damit auch der Ersparnis von Folgekosten zukommen sollte. Dieser Sachstand hat in Deutschland in der Vergangenheit nicht die nötige politische und wissenschaftliche Aufmerksamkeit gefunden. Im Rahmen des bundesweit repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS) werden derzeit auch Informationen über die psychische Gesundheit unserer Kinder und Jugendlichen erhoben (Bella-Studie; vgl. Ravens-Sieberer, Wille, Bettge & Erhart, 2006), die die Datenlage verbessern sollen. Im Folgenden möchten

wir aktuelle Befunde zur gesundheitlichen Lage und gesundheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen darstellen, um daraus die aus unserer Sicht nötigen Schlüsse abzuleiten.

2. Gesundheitliche Lage

Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen sind in etwa gleich häufig wie bei Erwachsenen. Nach dem derzeitigen Forschungsstand muß man von 6-Monats-Prävalenzraten psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter von ca. 18% ausgehen (vgl. Ihle & Esser, 2002). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt die aktuelle Bella-Studie, wonach bei 21,8% der Kinder und Jugendlichen Hinweise auf psychische Auffälligkeiten vorliegen (Ravens-Sieberer et al., 2006). Als häufigste Störungen zeigen sich in internationalen Vergleichsstudien Angststörungen mit einer durchschnittlichen Prävalenz von 10,4%, gefolgt von dissozial-aggressiven Störungen mit 7,5% sowie depressiven Störungen und hyperkinetischen Störungen mit jeweils 4,4% (Ihle & Esser, 2002). Auch hier kommt die bundesweit repräsentative Bella-Studie zu ähnlichen Ergebnissen. Hier traten Angststörungen (10%) gefolgt von dissozial-aggressiven Störungen (7,6%), depressiven Störungen (5,4%) und hyperkinetischen Störungen (2,2%) am häufigsten auf (Ravens-Sieberer et al., 2006). Depressive Störungen und Essstörungen nehmen vom Kindes- zum Jugendalter deutlich zu. Angststörungen nehmen hingegen vom Kindesalter bis zur Pubertät ab (v. a. Trennungsangst, Überängstlichkeit), während um die Pubertät (soziale Phobien) und nach der Pubertät (Panikstörung, Agoraphobie) wieder ein deutlicher Anstieg festzustellen ist. Bei der Gruppe der externalisierenden Störungen ist insgesamt ein Anstieg der Prävalenz bis zur Pubertät zu beobachten, danach geht die Rate wieder zurück. Dies trifft v. a. für Störungen des Sozialverhaltens und oppositionelles Verhalten zu. Bei den hyperkinetischen Störungen wird der Häufigkeitsgipfel bereits im Schulalter erreicht. Folgt man konservativen Schätzungen, dann kann davon ausgegangen werden, dass ca. 5% der Kinder und Jugendlichen zu einem gegebenen Stichtag aufgrund psychischer Störungen als dringend behandlungsbedürftig einzuschätzen sind (Ihle, Frenzel & Esser, 2006). Die wissenschaftliche und gesellschaftliche Relevanz von psychischen und Entwicklungsstörungen des Kindes- und Jugendalters ergibt sich jedoch nicht nur daraus, dass sie häufig sind. Vielmehr beeinträchtigen sie die Betroffenen aufgrund ihrer Beständigkeit über die Zeit der wesentlichen Entwicklungsabschnitte hinaus, verringern ihre Lebensqualität und ihre Entwicklungschancen. Externalisierende Störungen (v. a. aggressiv-dissoziale Störungen und hyperkinetische Störungen) weisen bereits ab dem Kindesalter sehr ungünstige Verläufe auf.

So konnte gezeigt werden, dass mehr als die Hälfte der 8-Jährigen mit dissozialen Störungen 17 Jahre später eine psychische Störung aufweisen. Neben der hohen diagnosespezifischen Stabilität zeigte sich auch die Vorläuferwirkung der dissozialen Störung in Hinsicht auf die Ausbildung einer späteren Störung durch Substanzgebrauch (Esser et al., 2000). Depressive Störungen, Angststörungen sowie Substanzmissbrauch und –abhängigkeit sind diejenigen Störungsbilder, die ab dem Jugendalter die ungünstigsten Verläufe nehmen. Die Selbsttötung steht bei Jugendlichen an zweiter Stelle der Todesursachenstatistik. Etwa 5% aller Kinder müssen aufgrund besonders ungünstiger Entwicklungsverläufe als chronisch psychisch beeinträchtigt eingestuft werden. Das Auftreten von Hinweisen auf psychische Auffälligkeiten wird mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status der Familien signifikant häufiger (Ravens-Sieberer et al., 2006).

3. Gesundheitliche Versorgung

Die Facharzt- und Psychotherapeutendichte in Deutschland sowie die seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes erreichten Verbesserungen der Versorgungslage sind im europaweiten Vergleich als sehr positiv zu beurteilen. Die ambulante Psychotherapie ist durch die Psychotherapie-Richtlinien und Psychotherapie-Vereinbarungen geregelt und garantiert derzeit eine niederschwellige Zugangsmöglichkeit in den wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie. Die Psychotherapieausbildung an staatlich anerkannten Ausbildungsstätten hat einen europaweit vorbildlichen Qualitätsstandard erreicht. Außerdem wurden in den letzten Jahren deutliche Verbesserungen bei der Verzahnung der ambulanten, teilstationären und stationären Behandlungskapazitäten erreicht. Trotz der erreichten Fortschritte sind auch Defizite in der gesundheitlichen Versorgung zu konstatieren. Dies trifft vor allem für die ambulante psychotherapeutische Versorgung in den Neuen Bundesländern und die Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu. Auf die letztere wollen wir an dieser Stelle kurz eingehen. Der Anteil von Kindern und Jugendlichen an der Gesamtbevölkerung beträgt ungefähr 20 Prozent. Psychische Störungen sind bei Kindern und Jugendlichen in etwa gleich häufig wie bei Erwachsenen. Dagegen erreicht der Anteil der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an allen psychotherapeutischen Leistungserbringern derzeit nur 12,2% (Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2006). Die regionalen Versorgungsunterschiede sind extrem groß. So kommen derzeit in Sachsen-Anhalt auf einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten 200.000 Einwohner unter 18 Jahren, wohingegen es in Baden-Württemberg 3.787 sind. Vor allem in den östlichen Bundesländern

gibt es derzeit extrem wenig niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Brandenburg: 22, Mecklenburg-Vorpommern: 10, Sachsen: 53, Sachsen-Anhalt: 2, Thüringen: 15). Sollen Behandlungsquoten festgestellt werden, ergeben sich in erster Linie zwei Fragen: Zum einen muss geklärt werden, was ein „behandlungsbedürftiger Fall“ ist, zum anderen, wann er als „versorgt“ gilt. Diesen Fragen sind Wittchen und Jacobi (2001) im Rahmen der Erhebungen zum Bundes-Gesundheitssurvey 1998 nachgegangen. Insgesamt ziehen sie ein dramatisches Fazit, wenn sie feststellen, dass im Bereich der Behandlung psychischer Störungen eine erhebliche Unterversorgung vorherrscht. Fast zwei Drittel der deutschen Erwachsenen mit psychischen Störungen sind nicht in Behandlung. Zudem haben die Autoren festgestellt, dass die ambulante Versorgungslage in den Neuen Bundesländern deutlich schlechter ausfällt als in den Alten Bundesländern und dass Kinder und Jugendliche schlechter versorgt sind als Erwachsene. Dies betrifft trotz der durch das Psychotherapeutengesetz erreichten Verbesserungen nach wie vor sowohl die kinder- und jugendlichenpsychotherapeutische als auch die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung. Die Behandlungsquoten sind im Allgemeinen von der Versorgungssituation abhängig, wobei sich insbesondere städtische Wohngegenden, die Verfügbarkeit von Fachinstitutionen und Überweisungen zu Spezialisten als vermittelnde Faktoren niederschlagen. Daneben ist es natürlich auch vom Inanspruchnahmeverhalten der Kinder und Jugendlichen bzw. deren Eltern abhängig. Die Eltern müssen dabei a) erkennen, dass ihre Kinder Hilfe brauchen, b) in Erwägung ziehen, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, c) mögliche Barrieren wie z.B. negative Einstellungen, überwinden und d) die Therapie in den Alltag integrieren. Die stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung ist als qualitativ hochwertig und gesichert einzuschätzen. Im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung gibt es auch erste Modelle zur integrierten Versorgung gemäß § 140 a SGB V wie zum Beispiel ein IV-Modell zur psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) in Rheinland-Pfalz und den neuen Bundesländern mit der Option einer Ausweitung auf die gesamte Bundesrepublik. Für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen kommt darüber hinaus auch den Sozialpädiatrischen Zentren, den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten, den Jugendämtern, den Erziehungs- und Familienberatungsstellen sowie dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst der Gesundheitsämter (KJGD) große Bedeutung zu. So sind z.B. in manchen Bundesländern (z.B. Brandenburg) die regelmäßigen Untersuchungen des KJGD von Kindern und Jugendlichen in Kindertagesstätten und Schulen wichtig für die Früherkennung von Störungen und die damit verbundene Einleitung geeigneter Präventions- und Interventionsmaßnahmen sowie für die

Datengewinnung zur Gesundheitsberichterstattung sowie Versorgungsplanung. Hierbei gibt es jedoch große Unterschiede zwischen den Bundesländern, auf die an dieser Stelle nur hingewiesen werden kann. Der Bereich der Prävention psychischer Störungen stellt bundesweit relatives Neuland dar, sodass hier (von einzelnen modellhaften Maßnahmen abgesehen) bisher keine regelmäßig praktizierten Ansätze vorliegen. Maßnahmen in Umsetzung des § 20 Abs.1 und 2 SGB V, die spezifisch den Bereich Prävention psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen betreffen, sind bisher noch kaum bekannt.

4. Empfehlungen für die Politik

4.1 Verbesserung der Erfassung/ Früherkennung psychischer Störungen und Umschriebener Entwicklungsstörungen des Kindes- und Jugendalters

In allen Bundesländern sollten Reihenuntersuchungen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (Kindertagesstätte, Einschulung, Schule) durchgeführt und (wo noch nicht vorhanden) um standardisierte Befunderhebung psychischer Störungen und umschriebener Entwicklungsstörungen ergänzt werden. Praktikable Screeninstrumente sollten eingesetzt werden, die die Erhebung/ Schätzung epidemiologischer Daten erlauben. Eine Verbesserung der Gesundheitsberichterstattung im Bereich seelischer Gesundheit sowie eine Verbesserung der Versorgungsplanung könnte dadurch erreicht werden. Außerdem sollten die kinderärztlichen Voresorgeuntersuchungen um diesen Störungsbereich erweitert werden.

4.2 Sicherung und Ausbau der Versorgung

Trotz der erreichten Fortschritte gibt es auch im Bereich der ambulanten Versorgung Handlungsbedarf. So herrscht in Ostdeutschland nach wie vor eine deutliche Unterversorgung im Bereich der ambulanten Versorgung psychischer Störungen. In den neuen Bundesländern kommen auf 100.000 Einwohner fünf bis acht niedergelassene Psychotherapeuten. In den alten Bundesländern sind es zwischen 15 und 26 Psychotherapeuten. Aber auch innerhalb der besser versorgten Stadtstaaten sind erhebliche regionale Unterschiede in der Versorgungssituation zu beklagen. Gerade in den sozial schwächeren Stadtteilen ist die Versorgung unzureichend. Insbesondere in unterversorgten Gebieten (neue Länder, universitätsferne Gebiete) sollten Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung ergriffen werden. Außerdem ist eine Ausweitung von Modellen zur integrierten Versorgung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter anzustreben.

Die eklatante Unterversorgung mit Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie macht eine Förderung gerade dieses Versorgungsangebots notwendig. Nach wie vor finden in vielen Regionen psychisch kranke Kinder bzw. ihre Eltern kein adäquates Psychotherapieangebot oder müssen unzumutbare Wartezeiten in Kauf nehmen. Die ambulante psychotherapeutische Versorgung sollte besonders verbessert werden, da sich damit auch aus fachlicher Sicht unnötige stationäre Behandlungen reduzieren liessen. Die Bedarfsplanung sollte so erfolgen, dass ausreichende Versorgungsangebote für psychisch kranke Kinder und Jugendliche entstehen. Dies ist allerdings nicht ohne Mehrausgaben für die GKV zu erreichen. Als Mittel der Wahl ist eine getrennte Bedarfsplanung für Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorzuschlagen. Dadurch entstünden in der GKV zusätzliche Ausgaben von höchstens 207 Mio. Euro (Kostensteigerung: 0,15 % der Gesamtausgaben) (Bundespsychotherapeutenkammer, 2006). Als kostengünstigere Alternative könnte eine Quotierung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie eingeführt werden (Mindestversorgungsgrad 20%; zusätzliche Ausgaben von höchstens 100 Mio. Euro; Kostensteigerung: 0,07 % der Gesamtausgaben). Auf dieser Basis könnte bundesweit 1.200 zusätzlichen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die Niederlassungsmöglichkeit eröffnet werden. Eine Anpassung der Bedarfsplanung könnte im Kontext des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄG) umgesetzt werden.

4.3 Implementierung präventiver Angebote

Im Grünbuch der Europäischen Kommission wird die Förderung der psychischen Gesundheit und die Prävention psychischer Erkrankungen als gesamtgesellschaftliche Herausforderung formuliert. Im deutschen gegliederten System der sozialen Sicherung sind zur Erfüllung dieser Aufgaben die gemeinsamen Anstrengungen aller Akteure zu intensivieren, durch Primärprävention und Früherkennung psychischer Störungen individuelles Leid und gesellschaftliche Nachteile abzuwenden. An dieser Stelle ist auf die Notwendigkeit der gesetzlichen Verankerung der Prävention als 4. Säule im Gesundheitswesen hinzuweisen (Stichwort: Präventionsgesetz). Angesichts der derzeit nur begrenzt zur Verfügung stehenden Ressourcen sollten sich alle Beteiligten zunächst auf die Störungsbilder mit den höchsten gesellschaftlichen Folgekosten und den ungünstigsten Verläufen (z.B. starke Verschlechterung der Entwicklungsprognose, hohes Risiko für Komorbidität) konzentrieren. Diese Angebote sollten nahtlos auf die Ergebnisse der Reihenuntersuchungen abgestimmt sein und im Sinne indizierter Prävention den Kindern und Jugendlichen und ihren Familien angeboten werden, die im Screening (sub-) klinische Symptome aufwiesen. So könnten z.B.

Modellprojekte incl. Evaluation in den Bereichen Prävention von Störungen des Sozialverhaltens/ Delinquenz/ Störungen durch Substanzgebrauch sowie zur Prävention von Depressionen und Selbsttötung initiiert werden. Ziel dieser Programme wäre es, die Prävalenz-/ Inzidenzraten von Störungen des Sozialverhaltens und Jugenddelinquenz, Störungen durch Substanzgebrauch, depressiven Störungen und Suiziden zu senken.

4.4 Erhöhung der Zugangswahrscheinlichkeit sozial Schwacher/ Benachteiligter zu präventiven Angeboten

Kinder, die in psychosozial ungünstigen Verhältnissen aufwachsen, haben eine erhöhte Erkrankungswahrscheinlichkeit v.a. für externalisierende Störungen und Störungen durch Substanzgebrauch. Zudem ergibt sich für diese Gruppe ein verringertes Inanspruchnahmeverhalten für Hilfsangebote. Diesem Zustand sollte durch geeignete, die Betroffenen erreichende Angebote begegnet werden. So sollten settingbezogene Präventionsansätze in Kindergarten und Schule zur indizierten Prävention, gemeindenahe individuumbezogene Präventionsansätze (z.B. in sozialen Brennpunkten) und selektive Präventionsansätzen für bestimmte Risikogruppen implementiert werden.

4.5 Sicherung einer hohen Behandlerqualität im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Durch das am 1.1.1999 in Kraft getretene Psychotherapeutengesetz wurden die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geschaffen, durch welche die ambulante psychotherapeutische Versorgung in Deutschland inzwischen in hohem Maße getragen wird. Gleichzeitig wurde eine einheitliche hohe Ausbildungsqualität für die psychotherapeutische Ausbildung erreicht. Diese findet an staatlich anerkannten und staatlich kontrollierten Ausbildungsstätten statt und endet mit einer Staatsprüfung. Für die Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sind neben den Psychologen auch Pädagogen und Sozialpädagogen zulassungsberechtigt. Im Zuge der Umstellung des Studiums in Deutschland auf gestufte Bachelor- und Masterstudiengänge ergibt sich die Notwendigkeit der Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen im Rahmen des Psychotherapeutengesetzes. Hier ist sich inzwischen die Fachwelt (Bundespsychotherapeutenkammer, Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Berufsverband Deutscher Psychologen, Arbeitsgemeinschaft Zulassung zur Ausbildung in KJP, Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden) einig, dass für beide Psychotherapeutenberufe nur ein Master-Abschluss als akademische Grundqualifikation eine

qualitätsgesicherte Versorgung auch in der Zukunft garantieren lässt. Psychotherapie für Kinder und Jugendliche ist keine „kleine“ Psychotherapie, die geringere Anforderungen an die Qualifikation von Psychotherapeuten stellt als die Psychotherapie für Erwachsene. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten müssen in der Lage sein mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen sowie mit zahlreichen Berufsgruppen interdisziplinär zusammenzuarbeiten. Hierzu sind umfassende Kenntnisse über die normale und abweichende Entwicklung der gesamten Lebensspanne unumgänglich. Für die qualitätsgesicherte Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist die Rezeption einer dynamischen Wissenschafts- und Fachdisziplin notwendig. Die Breite des Fachgebiets zeigt sich z.B. in den altersbezogen unterschiedlichen kognitiven, sozialen und emotionalen Entwicklungen von Patienten im Kindes- und Jugendalter. Die Absolventen von Master-Studiengängen erwerben jene Schlüsselqualifikationen, die für die kritische Adaption des ständigen wissenschaftlichen Fortschritts in die Praxis erforderlich sind. Ein Bachelor-Studiengang vermittelt nicht die für einen akademischen Heilberuf erforderliche wissenschaftliche Methodenkompetenz. Bachelor-Studiengänge zielen auf den Erwerb erster berufspraktischer Qualifikationen. Der Bachelor-Abschluss ist daher als Zugangsvoraussetzung für eine Psychotherapieausbildung nicht ausreichend. Die wissenschaftliche Qualifizierung, die für die Ausübung der Psychotherapie notwendig ist, wird ausschließlich in Master-Studiengängen vermittelt. Daher ist mit Nachdruck dieser Abschluss auch als Zulassungsvoraussetzung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapieausbildungen zu fordern.

Literatur:

- Bundespsychotherapeutenkammer (2006). Positionspapier Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher. Handlungsbedarf im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz. Berlin: BPTK.
- DAK (2006). DAK Gesundheitsreport 2006. Hamburg: DAK Gesundheitsmanagement.
- Esser, G., Ihle, W., Schmidt, M.H. & Blanz, B. (2000). Der Verlauf psychischer Störungen vom Kindes- zum Erwachsenenalter. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 29, 276-283.
- Europäische Kommission (2000). Bericht über die gesundheitliche Situation der jungen Menschen in der Europäischen Union. Luxemburg: Europäische Kommission, Direktion F – Öffentliche Gesundheit.

- Ihle, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53, 159-169.
- Ihle, W., Frenzel, T. & Esser, G. (2006). Epidemiologie und Verlauf psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. In: F. Mattejat (Hrsg.). *Lehrbuch der Psychotherapie. Band 4: Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und Familien*, S. 85-96. München: CIP Medien.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2005). Grünbuch. Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union. Brüssel: Kommission der Europäischen Gemeinschaften.
- Meerding, W.J., Bonneux, L., Polder, J.J., Koopmanschap, M.A. & Maas, P.J. von der (1998). Demographic and epidemiological determinants of healthcare costs in the Netherlands: Cost of illness study. *British Medical Journal*, 317, 111-115.
- Murray, C.J.L. & Lopez, A.D. (eds.) (1996). *The global burden of disease and injury series, Volume 1: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Patel, A. & Knapp, M.R.J. (1998). Costs of mental illness in England. *Mental Health Research Review*, 5, 4-10.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2006). Modul Psychische Gesundheit (Bella-Studie). Vortrag im Rahmen des Symposiums Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (KIGGS). in Deutschland: Erste Ergebnisse. Berlin, 25. September 2006.
- Wittchen, H.-U. (2000). „Bedarfsgerechte Versorgung psychischer Störungen“. Abschätzungen aufgrund epidemiologischer, bevölkerungsbezogener Daten. Stellungnahme im Zusammenhang mit der Befragung von Fachgesellschaften durch den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt* 44, 993-1000.